

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

HENRI BOULAY

Ancien Externe des Hôpitaux

Né le 10 Septembre 1895 à Paris

LES

Arthropathies Tabétiques SUPPURÉES

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547526_0044

ANNÉE 1925

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

HENRI BOULAY

Ancien Externe des Hôpitaux

Né le 10 Septembre 1895 à Paris

LES

Arthropathies Tabétiques SUPPURÉES

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J -L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri). . . Chimie biologique.
ALGLAVE Pathologie chirurgi- cale	LARDENNOIS. . . Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN Pathologie médicale.	LE LORIER. Obstétrique.
BASSET. Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE. Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN. Pathologie médicale.	LEMIERRE. Pathologie médicale.
BINET Physiologie.	LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
BLANCHETIERE. Chimie biologique.	LHERMITTE. Pathologie mentale.
BRANCA Histologie.	LIAN. Pathologie médicale.
BRULÉ. Pathologie médicale.	MATHIEU. Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET. Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER. Obstétrique.
CADENAT Pathologie chirurgi- cale.	MOCQUOT. Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY. Histologie.	MONDOR. Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY. Pathologie médicale	MOURE. Pathologie chirurgi- cale.
CLERC. Pathologie médicale.	MULON. Histologie.
DEBRÉ. Hygiène.	PHILIBERT. Bactériologie.
I. de JONG. Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE Pathologie médicale.
DUVOIR Médecine légale.	RICHET Fils. Physiologie.
ÉCALLE Obstétrique.	ROUVIÈRE. Anatomie.
FIESSINGER. Pathologie médicale.	STROHL. Physique médicale.
FOIX. Pathologie médicale.	TANON. Pathologie médicale.
GARNIER. Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER. Pathologie médicale.	VAUDESCAL. Obstétrique.
HEITZ-BOYER. . . Urologie.	VERNE. Histologie.
HOVELACQUE. . . Anatomie.	VILLARET. Pathologie médicale.
JOYEUX Parasitologie.	WELTER. Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
CAMUS Physiologie.	RETTERER. Histologie.
GOUGEROT. Pathologie médicale.	ROUSSY Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT. Obstétrique.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. . .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . .	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LœPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR ELIE BOULAY

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE A LA FACULTÉ

A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1914. PROFESSEUR DEBOVE (*in memoriam*)

1917. D^r PIERRE BAZY

1919. { PROFESSEUR ALBERT ROBIN
D^r MATHIEU PIERRE WEIL

1920. { D^r MICHON
D^r FÉLIX RAMOND
D^r BOUFFE DE SAINT-BLAISE

1921. D^r CHIFOLIAU (*Externat*)

1922. PROFESSEUR PR. MERKLEN (*Externat*)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BOUCICAUT

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*qui a bien voulu m'autoriser à me servir
pour ce travail d'observations em-
pruntées à son Service de l'Hôpital
Boucicaut.*

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR MATHIEU-PIERRE WEIL

MÉDECIN DES HÔPITAUX

*qui m'a inspiré le sujet de cette thèse,
m'a prodigué ses conseils et à qui
j'exprime ici ma profonde reconnais-
sance.*

CHAPITRE PREMIER

Historique

Lorsque Charcot (1) eut isolé, en 1868, les arthropathies tabétiques, il ne comprit, dans sa description magistrale, et encore classique, que le type, de beaucoup le plus fréquent, à début brusque, avec gonflement énorme de la jointure et des segments de membres voisins, avec œdème blanc, dur, gardant mal le godet, sans douleur et sans fièvre.

Cependant on observa que certains cas s'écartaient déjà de ce tableau. A propos d'une malade de Bouchard, dont l'articulation, contrairement à ce qui a lieu en général, avait été chaude et légèrement douloureuse, Charcot faisait remarquer que toutefois « l'absence de fièvre, de rougeur et de douleur, paraît être un caractère à peu près constant ».

L'épanchement articulaire était le plus souvent séreux et visqueux. Ball (2), en 1868, avait cependant retiré par

(1) J. M. CHARCOT. — Sur quelques arthropathies qui paraissent dépendre d'une lésion du cerveau ou de la moëlle épinière. — *Archives de Physiologie*, 1868, T. I., page 160

(2) BALL. — Des arthropathies liées à l'ataxie locomotrice progressive. — *Gazette des Hôpitaux*, 1868, page 503, 522, 1869, page 226, 231, 238, 242.

ponction un liquide séro-purulent; dans d'autres cas on ramenait du sang. Au sujet de l'observation de son élève Bourceret, à la Société Anatomique, en 1875, Charcot disait : « L'irrégularité que l'on observe ici, c'est la présence de pus; pourtant M. Ball en a déjà présenté un cas, j'en ai observé un autre à la Salpêtrière et celui-ci est le troisième sur une cinquantaine d'observations que je connais. »

Déjà, à cette époque, où l'on rassemblait avec intérêt toutes les observations d'arthropathie tabétique, la présence de pus était considérée comme une exception. Nous verrons que c'est encore le cas actuellement.

Pierre Marie (1), dans ses *Leçons sur les maladies de la moelle*, en 1892, dit que l'épanchement des arthropathies tabétiques est en général « séreux, transparent et filant, d'un jaune clair; parfois il contient des flocons fibrineux, rarement du pus ». Et parmi les complications des arthropathies, à côté de la douleur, assez rare, de l'issue des extrémités osseuses à travers la peau, exceptionnelle, il cite la suppuration. « Elle est, continue-t-il, une complication bien peu fréquente et que vous n'aurez guère à craindre. Cependant, je pourrais vous en citer quelques exemples : à la suite d'une ponction imprudente, au cours d'une maladie générale, ou sans cause connue. C'est une pure exception. »

C'est Chipault (2) qui, le premier, décrivit avec plus

(1) PIERRE MARIE. — *Leçons sur les maladies de la moëlle*, 1892, page 238.

(2) A. CHIPAULT. — Les arthropathies tropho-infectieuses. — *Revue de Chirurgie*, 1891, page 1049. — Les arthropathies trophiques au point de vue chirurgical. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1894, page 299.

de détails les arthropathies tabétiques suppurées (1891-1894). Son étude porta sur les arthropathies nerveuses, par troubles trophiques, et secondairement infectées, chez des syringomyéliques et des ataxiques.

Parmi les arthropathies tropho-infectieuses, il considéra trois types :

1. *L'arthropathie tropho-nécratique*, siégeant surtout sur les petites articulations, particulièrement au tarse; le plus souvent due à l'ouverture de l'articulation par une ulcération trophique, aboutissant à l'élimination de débris osseux. C'est, en somme, une complication du mal perforant. Nous ne la retiendrons pas.

2. *L'arthropathie tropho-tuberculeuse*. Cette infection tuberculeuse d'une articulation trophique est très rare. Chipault ne cite encore aucune observation certaine; il s'agissait plutôt, comme il le reconnaît lui-même, d'arthrite tuberculeuse chez un tabétique.

3. *L'arthropathie tropho-suppurée*. Elle peut siéger sur n'importe quelle articulation déjà atteinte de troubles trophiques; parfois elle ne s'accompagne d'aucune réaction locale ou générale, mais beaucoup plus souvent on observe les symptômes des arthrites suppurées ordinaires, encore aggravés par la cachexie médullaire. La porte d'entrée de l'infection est, d'après Chipault, facile à retrouver : il s'agit alors d'une plaie, d'une éruption, d'une ulcération trophique siégeant soit à l'extrémité du membre, soit sur la peau même qui recouvre l'articulation; ou bien il existe des lésions viscérales (urétrite, cystite, pneumonie) et l'arthropathie s'infecte par localisation de différents germes au cours d'une infection généralisée.

Cette conception des arthropathies trophiques suppurées par infection secondaire paraissait admise par les différents auteurs qui citaient ou étudiaient les complications infectieuses des arthropathies tabétiques, lorsque MM. Lemierre, Léon Kindberg et Deschamps (1) publièrent, en 1921, une observation d'arthropathie tabétique aiguë, inflammatoire, d'aspect franchement pseudo-phlegmoneux, mais n'ayant pas suppuré. Ces auteurs ne retiennent des observations qui avaient déjà été publiées que celles où l'examen bactériologique du pus avait été fait, et ils constatèrent que, dans les formes inflammatoires et fébriles, lorsque l'articulation contenait du pus (ou même seulement un liquide séro-purulent), celui-ci était stérile. (Cas de Fort, de Barré, de Brissaud, Bauer et Gy.)

Ils reconnurent que, dans leur cas, l'aspect phlegmoneux du membre donnait « l'impression qu'une infection aiguë, septique, surajoutée au tabes, s'était localisée secondairement à une articulation déjà compromise du fait de l'affection médullaire ». Pourtant, disaient-ils « cette interprétation ne résiste pas à l'analyse des faits. La description des arthrites tabétiques banales, déjà existantes, qui s'infectent après s'être fistulisées ou après une ponction insuffisamment aseptique. Elles n'ont donc rien de commun avec celle que nous décrivons dans ce travail ». Et plus loin, parlant du cas de Mossé, où une arthropa-

(1) A. LEMIERRE, M. LÉON-KINDBERG et P. N. DESCHAMPS. — Un cas d'arthropathie tabétique aiguë inflammatoire. Etude clinique et anatomo-pathologique. — Soc. méd. des Hôp., séance du 8 Juillet 1921. — Les arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires. *Gaz. des Hôp.*, 1921, p. 901.

thie tabétique avait suppuré au cours d'une pneumonie, ces auteurs continuaient : « Il s'agit évidemment-là de faits d'une excèsive rareté, car nous avons vainement cherché des observations, où un semblable apport microbien par voie sanguine ait été mis en lumière. »

Or, en 1923, MM. Pagniez et Coste (1) présentèrent à la Société Médicale des Hôpitaux l'observation d'une arthropathie tabétique suppurée, où l'infection secondaire était nettement démontrée. L'examen du pus articulaire décèle la présence de bacilles longs et fins, ne prenant pas le Gram, que des cultures et des agglutinations identifèrent au bacille d'Eberth. L'articulation, après plus de deux mois de suppuration, guérit en quelques jours sous l'action du vaccin T A B iodé et d'un auto-vaccin.

MM. Pagniez et Coste considèrent leur cas comme une arthropathie tropho-suppurée, au sens de Chipault. Et devant la preuve de l'examen bactériologique, complété par trois séro-diagnostic positifs à l'Eberth, ils affirment la réalité de l'arthropathie tabétique suppurée par infection secondaire et opposent leur observation aux conclusions de MM. Lemierre, Léon Kindberg et Deschamps.

Ayant eu l'occasion d'observer récemment, dans le service de M. le Professeur Bezançon, deux malades atteintes d'arthropathie tabétique suppurée, il nous a semblé intéressant, sous l'inspiration de M. M.-P. Weil, de reprendre l'étude de cette très particulière complication évolutive des arthropathies tabétiques.

(1) P. PAGNIEZ et COSTE. — Arthropathie tabétique suppurée par infection secondaire. — *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôp* 1923. t. II, page 1473.

CHAPITRE II

Observations

Nous allons brièvement rapporter l'histoire de deux malades, atteintes d'arthropathie tabétique suppurée que nous avons pu observer, à l'Hôpital Boucicaut, dans le Service du Professeur Bezançon, suppléé alors par M. M.-P. Weil. Nous en rapprocherons ensuite les cas antérieurement publiés.

I. — OBSERVATIONS PERSONNELLES

PREMIÈRE OBSERVATION

Arthropathie tabétique suppurée de la tibio-tarsienne
Présence de staphylocoques dans le pus. — Frac-
ture spontanée de la malléole interne

Mme P..., 48 ans, blanchisseuse, entre le 27 octobre 1924 à l'Hôpital Boucicaut, dans le Service du P^r Bezançon. Elle vient parce que la veille, dit-elle, elle « s'est

« tourné le pied » à la suite d'un faux-pas et faillit tomber. Quelques heures après cet accident, elle s'aperçut que sa cheville enflait et devenait très douloureuse.

Examen de la malade. — A son arrivée on constate l'existence de grosses lésions au niveau de la jambe et du pied droits. Il existe localement une énorme tuméfaction rouge, chaude, qui s'étend au pied jusqu'aux orteils, et remonte presque à mi-jambe. C'est un œdème à caractère nettement inflammatoire, gardant mal l'empreinte du doigt, mais la pression n'est pas douloureuse, comme on l'aurait pensé. On ne trouve pas de ganglions ni poplités, ni inguinaux.

La fièvre est très élevée, 40°6.

En présence de tels symptômes et pensant à une arthrite suppurée, on pratiqua, en fait de traitement, un pansement humide de la jambe et du pied.

Pendant trois jours la température oscille entre 39 et 40°5. Le cinquième jour, elle baisse au-dessous de 39, en même temps que se produit, au niveau de la malléale externe, une fistule qui laisse échapper un pus épais, gris verdâtre. L'examen direct montra du staphylocoque que la culture démontra être à l'état pur.

Trois jours après, la température baisse encore et se maintient quelques jours au-dessus de 38. Une seconde fistule se produit alors sur le côté interne de l'articulation.

Une radiographie faite dès le début révéla l'existence d'une fracture de la malléale interne, sans autre grosse lésion ostéo-articulaire.

nique et d'emphysème. Elle a eu deux enfants : l'un est mort à 3 ans, de méningite; le second à 18 ans, d'un chaud et froid, dit-elle. Pas de fausses-couches.

Histoire de la maladie. — C'est en 1919 qu'elle a ressenti les premiers symptômes du tabes. Elle se plaint alors d'élançements dans les deux jambes ou parfois d'une sensation de « picotement de fourmis ». Ces douleurs apparaissent par crises durant 24 à 48 heures, une à deux fois par semaine, avec des semaines d'accalmie.

Il y a cinq ans la malade fait une chute sur le genou gauche, qui enfle énormément. Elle entre à l'Hôpital Boucicaut, on pratique une ponction qui ramène du sang. Au bout d'un mois elle ressort, le genou déformé mais pas douloureux; elle marche facilement.

Une seconde fois elle vient à l'Hôpital, cette fois pour une arthropathie du genou droit. Elle reviendra encore deux fois, à cause de douleurs fulgurantes, mais ne veut subir aucun traitement et chaque fois repart après une quinzaine de jours.

Depuis un an elle présente de grosses déformations des deux genoux, mais continue de marcher sans canne.

Examen. — Les réflexes tendineux sont abolis aux deux membres.

L'ataxie des membres inférieurs est impossible à rechercher à cause des arthropathies multiples. Il existe une ataxie considérable des membres supérieurs à laquelle s'ajoute un tremblement d'origine alcoolique.

La sensibilité profonde semble peu modifiée ainsi que la sensibilité superficielle. Il n'y a pas d'hypoesthésie.

Les douleurs spontanées sont assez intenses dans la jambe gauche.

Le réflexe pupillaire à la lumière est aboli et le réflexe à l'accommodation est très paresseux. Les pupilles sont régulières et en myosis. La vision est distincte.

Pas de troubles sensoriels du goût ni de l'odorat.

Pas de troubles du côté du sphincter anal. Mais la malade perd, la nuit, ses urines.

Au point de vue génital, elle n'est plus réglée depuis cinq ans.

A l'auscultation, pas de signes d'aortite.

Pas de céphalée; la malade présente des troubles de la mémoire, très probablement liés à une intoxication éthylique manifeste.

L'examen des articulations montre une déformation du poignet gauche, à la suite d'une fracture ancienne du radius. Le genou gauche présente une grosse hypertrophie du condyle interne; la rotule est luxée en dehors et appliquée sur le condyle externe. Au genou droit : hypertrophie du condyle interne; la rotule occupe, dans l'extension, sa position antérieure normale, mais est réjetée, dans la flexion, sur le condyle externe.

La mobilisation des deux genoux fait entendre des craquements et l'hypotonie musculaire permet une flexion exagérée.

L'atrophie musculaire est généralisée, mais surtout accentuée sur les deux cuisses.

La réaction de Wassermann est positive dans le sang.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La malade quitte l'hôpital le 1^{er} décembre. L'articulation n'est pas douloureuse. Les fistules sont taries.

Il s'agit, en résumé, d'une malade, tabétique depuis de longues années et présentant déjà des arthropathies typiques des deux genoux, qui, chez elle, se fracture spontanément la malléole interne de la jambe droite, voit son pied et sa jambe enfler, rougir en même temps que la fièvre apparaît. Les jours suivants l'articulation suppure et se fistulise. Le pus contient du staphylocoque. On se trouve donc en présence d'une arthropathie inflammatoire et suppurée d'emblée, dont l'évolution aiguë a été déterminée par une fracture spontanée juxta-articulaire.

DEUXIÈME OBSERVATION

Arthropathie tabétique des deux hanches avec suppuration de l'une d'elles. — Présence de pneumocoques dans le pus articulaire

Mme T..., âgée de 38 ans, entre à l'Hôpital Boucicaut en mai 1923 pour une inflammation aiguë de l'articulation de la hanche droite.

L'interrogatoire nous apprend que sa mère est morte à 39 ans d'hémorragie à la naissance de son 9^e enfant. Son père est mort d'une infection urinaire. Elle a quatre frères et sœurs actuellement bien portants.

La malade se rappelle qu'elle a eu la rougeole à 14 ans. C'est la seule maladie infantile qu'elle ait eue.

A 22 ans elle se marie. Quatre ans après elle a un enfant né à terme, mais asphyxié. Elle n'a jamais eu de fausse-couche.

Son mari, atteint de tuberculose pulmonaire, tomba malade et mourut en avril 1917. A cette époque, elle s'aperçut que sa jambe gauche devenait faible et qu'elle se fatiguait rapidement. Un jour, la malade fit un effort, et le lendemain elle remarqua que la cuisse était enflée depuis le genou jusqu'au bassin; la peau était blanche et lisse; l'impotence fonctionnelle complète; mais il n'y avait pas de douleurs. Elle garda le lit une quinzaine de jours, puis recommença de marcher.

Histoire de la maladie. — En janvier 1923, à l'occasion d'un mouvement banal, la malade ressent une impression de dérobage de la jambe droite. Cette sensation est analogue à celle qu'elle a éprouvée au niveau de la jambe gauche, et est accompagnée de perte de forces. Au bout d'une huitaine de jours, elle constate, un matin au réveil, que la hanche droite est atteinte d'un œdème blanc et indolore : elle est alors immobilisée au lit, impotente des deux jambes. Après un court séjour à l'hôpital, elle est envoyée en convalescence à l'asile du Vésinet. Elle en revient, après trois semaines, avec une température de 40° et des phénomènes locaux qui nécessitent une nouvelle hospitalisation. (Mai 1923.)

Examen de la malade. — La température est élevée et oscille entre 39 et 40.

La hanche droite est le siège d'une tuméfaction accentuée mais limitée à la région articulaire; la peau est rouge,

chaude et tendue; la palpation de la région est douloureuse et donne une sensation de fluctuence. On a nettement l'impression d'une collection purulente. On ponctionne et il s'écoule, en grande quantité, un pus jaunâtre et épais où l'examen bactériologique révèle la présence de pneumocoques. On fait alors localement, une injection de sérum antipneumococcique.

La suppuration cesse peu à peu et un mois après, la malade est apyrétique. Mais en juillet, la température s'élève de nouveau, la hanche droite redevient douloureuse, chaude et rouge. Trois ponctions sont successivement pratiquées, qui ramènent chaque fois du pus. Après la dernière s'installe une fistule qui donne pendant quelque temps du pus de plus en plus grumeleux. La fistule fermée, la température ne tombe pas et continue à osciller autour de 38.

Un an après, en août 1924, nouveaux phénomènes inflammatoires, fièvre à 39, et formation d'une collection purulente qu'on ponctionne. La température, après guérison de l'état local, présente de grandes oscillations entre 38 et 39 et persiste ainsi pendant quatre mois.

L'examen complet de la malade décèle des signes manifestes de tabès; les reflexes tendineux sont abolis aux membres supérieurs et inférieurs. Il n'y a pas de signes de Babinski.

L'étude de la sensibilité objective révèle une hypoes-thésie assez marquée aux deux membres inférieurs.

La malade n'a jamais ressenti de douleurs fulgurantes.

L'examen de l'ataxie est impossible aux membres inférieurs, à cause de la double arthropathie des hanches qui permet à peine quelques mouvements. Aux membres su-

périeurs, il n'y a pas d'incoordination; la malade travaille et est adroite de ses mains.

Les troubles de la sensibilité profonde semblent peu marqués : il n'existe pas de perte de la notion de position des membres. La sensibilité osseuse est diminuée aux jambes mais non abolie.

Pas de troubles sensoriels de l'odorat, du goût, de l'ouïe.

L'acuité visuelle n'est pas diminuée. Les pupilles sont régulières et égales. Mais le signe d'Argyll-Robertson existe.

L'auscultation du cœur ne révèle pas d'aortite.

L'appétit est capricieux. Les selles sont fréquentes et souvent diarrhéiques. Il n'y a pas de troubles de la défécation.

La sensibilité vésicale est conservée; mais la malade perd souvent ses urines. Depuis 18 mois, elle n'est plus réglée.

L'examen des articulations coxo-fémorales, permet de sentir de chaque côté, l'extrémité supérieure du fémur pivotant suivant les divers mouvements imprimés à la cuisse. On n'entend pas de craquements et on a l'impression qu'il n'y a plus de surfaces articulaires en contact.

L'atrophie musculaire est très marquée et l'hypotonie permet les mouvements les plus variés sans aucune douleur.

Sur la face externe de la cuisse droite, à 10 cm. environ au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, on voit une cicatrice de fistule; la palpation permet de sentir à ce niveau, une petite masse peu profonde, présentant de la crépitation osseuse, et probablement, d'origine ostéophytique.

La radiographie de la hanche droite montre de grosses

lésions du fémur. La tête fémorale a disparu, ainsi que le col. L'extrémité supérieure du fémur présente de la raréfaction osseuse, de même que la cavité cotyloïde dont les rebords sont flous.

On se trouve donc en présence d'une tabétique qui, après avoir eu une arthropathie de la hanche gauche, présentait une arthropathie de la hanche droite qui, quatre mois après, suppura spontanément. Le pus contenait du pneumocoque. L'évolution se fit par poussées successives, évacuant chaque fois du pus en abondance. Actuellement la fistule est cicatrisée, mais la température persiste entre 38° et 39°.

II. — OBSERVATIONS ANTÉRIEUREMENT PUBLIÉES

Les observations d'arthropathies tabétiques suppurées sont rares. En compulsant la littérature médicale, nous n'avons pu en réunir que douze. Nous pouvons y ajouter trois cas qui ont été simplement cités par leurs auteurs.

Première observation. — Bourceret.

Arthropathie dans un cas d'ataxie locomotrice (1)

(Société anatomique, séance du 14 mai 1875)

J... Honorine, âgée de 46 ans, femme de chambre, entrée le 8 avril à la Charité, salle Saint-Joseph, n° 5, Service de M. Bernutz.

(1) *Progrès médical*, 1875, page 573.

Antécédents. — Pas de renseignements précis sur les parents; pas de maladies sérieuses dans la jeunesse; pas de syphilis, pas de scrofule, pas de rhumatismes. Menstruation assez régulière, pas de leucorrhée.

Cette malade s'est assez bien portée jusqu'à il y a 8 à 10 mois environ. A cette époque les membres inférieurs (la jambe gauche surtout) ont commencé à s'affaiblir; la malade a pu, pendant les premiers mois, continuer son travail; elle avait surtout de la peine à se lever et de la difficulté à se mettre en marche. (Auparavant la malade affirme n'avoir eu aucun trouble dans les membres inférieurs.)

Elle accuse aussi une sensation de coton, de caoutchouc en marchant; cette sensation, qui existait il y a 5 ou 6 mois, n'a pas persisté.

.....

8 avril. — La malade nous dit que trois jours avant son entrée, en voulant se lever, elle s'aperçut que sa jambe gauche ne pouvait plus la soutenir; elle fut forcée de se retenir après un fauteuil pour ne pas tomber. Elle dit avoir, à ce moment, senti un craquement dans la jambe. L'état général est bon; elle n'est pas anémique; on ne trouve sur le corps aucune trace de scrofule ou de syphilis; appétit conservé; apyrexie.

.....

Le 11. — Après la première électrisation (nous ne disons pas à cause), il est survenu, presque subitement dans la journée, un gonflement de la fesse et de la cuisse qui est arrivé à son maximum en quelques heures.

Ce gonflement présente les caractères suivants : la fesse et la cuisse ont un volume presque double des parties du côté opposé; cette intumescence s'arrête brusquement au genou. Ce gonflement est dur, résistant, sans œdème véritable; il y a une très forte dilatation des capillaires; pas de douleurs à la pression et à la percussion sur les extrémités osseuses.

Quelques-unes des personnes qui voient cette malade croient

qu'il existe un épanchement sanguin dans le grand fessier, mais il n'y a pas de fluctuation ni de crépitation sanguine. Il y a un raccourcissement apparent et une légère rotation du pied en dehors. On constate aussi une certaine résistance dans la fosse iliaque gauche, sans douleur à la pression.

Le 13. — M. Gosselin, appelé en consultation, pense à une fracture spontanée du col du fémur, basant son diagnostic sur le raccourcissement du membre, la rotation en dehors et une ecchymose qu'il constate à la partie externe de la fesse.

Le 15. — L'ecchymose ne se prononce pas. Nous croyons que nous n'avons pas affaire à une véritable ecchymose, mais à une dilatation capillaire donnant à la peau une teinte noirâtre. Le raccourcissement n'augmente pas; tous les mouvements sont toujours possibles.

Le 16. — M. Gosselin, qui voit de nouveau la malade le matin, maintient son diagnostic. Diminution plus accentuée du gonflement.

Le 18. — Le gonflement a disparu presque entièrement, cependant la fesse reste un peu plus grosse.

Le 19. — La malade est prise de vomissements avec diarrhée sans fièvre. Glace, opium.

Le 20. — Les vomissements continuent, un peu de fièvre le soir, pas de frissons, un peu de douleurs dans les reins.

Le 23. — La fièvre augmente brusquement dans la nuit, la température arrive le matin à 41°5 dans le vagin. Les vomissements persistent; pas de douleurs à la pression de l'abdomen, pas de céphalalgie, rien dans les membres; intelligence très nette, un peu d'angine. Le soir, embarras de la parole. T. 41°8.

Le 24. — Mêmes symptômes le matin; la fièvre baisse un peu. T. 40°6. Le soir la malade est très faible, la langue se sèche.

Le 25. — Langue raccornie, vomissements répétés dans la nuit; un peu de balottement du ventre, un peu de délire. T. 40°6. Rétention d'urine. Traitement : lavements portés le plus haut possible avec une sonde.

Le 26. — On sent dans la fosse iliaque une résistance plus considérable, à peu près indolente à la pression. La rétention d'urine persiste. T. 40°1. Traitement : vésicatoire sur cette région.

Le 27. — On perçoit, par le toucher vaginal, la tumeur que l'on sentait dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur est arrondie, lisse, dure, indépendante de l'utérus, non mobile; elle paraît venir de l'os du bassin. La malade va un peu mieux. T. 38°8.

Les 28-29. — L'intelligence est un peu plus nette; il n'y a plus de rétention d'urine.

Le 30. — Nouveau vésicatoire.

Le 1^{er} mai. — On constate du pus dans la gaine du psoas, au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale.

Le 3. — Le genou gauche est le siège d'un épanchement.

Le 4. — Le gonflement du genou gauche est plus marqué. La malade est dans une prostration extrême depuis la veille.

Le 6. — Mort à 3 heures du matin.

Autopsie. — Le 7 mai 1875.

.....

Articulation coxo-fémorale gauche. Il existe un vaste épanchement purulent dans l'articulation; la capsule est perforée en arrière et en avant, et l'épanchement a fusé dans les interstices musculaires; il a même pénétré dans la plupart des gaines. Il est surtout abondant en arrière et en dehors, sous les muscles fessiers, dont il a dissocié les fibres. En avant le pus a pénétré dans la gaine du psoas, est arrivé dans le bassin, et s'est infiltré entre les fibres du muscle iliaque. Cet épanchement a dû se faire avec une rapidité extrême, car les fibres sont dissociées et non altérées; elles présentent leur coloration normale et ne sont pas friables. La capsule présente, comme nous l'avons dit, deux ouvertures, l'une en arrière, l'autre en avant. Elle ne forme qu'une masse avec le tissu cellulaire et le tissu fibreux avoisinant. En arrière et en dehors, près du rebord de la cavité catyloïde, on trouve des concrétions cal-

caires, les unes superficielles, les autres profondes, c'est-à-dire dans l'épaisseur de la capsule. Le bord de la cavité cotyloïde est érodé en arrière, en dehors et en bas.

Fémur. — La tête et les deux tiers du col ont disparu. On dirait que l'on a fait une section du col à son tiers externe, perpendiculaire à son axe; l'extrémité interne du col est, en effet, plane et légèrement éburnée à sa surface. Aucun ostéophyte sur le reste du col du fémur, ou sur le grand trochanter. Au contraire, il y a, par places, raréfaction de l'os.

Il y a, au moment où nous couvrons l'articulation, luxation du fémur en arrière (luxation ilio-ischiatique). La capsule très élargie permet à la luxation de se reproduire avec la plus grande facilité et de se réduire de même.

L'articulation du genou est assez fortement distendue par du pus. Les cartilages et surtout le cartilage de la rotule sont par places fortement érodés (il est important de noter que c'est trois jours seulement avant la mort que le gonflement s'est montré). L'articulation caxo-fémorale droite est saine.

.....

Deuxième observation. — Raymond

*Arthropathies tabétiques suppurées du genou gauche (1)
et du coude gauche.*

(L'observation de cette malade avait été prise par Bourneville et publiée dans la thèse de Forestier et dans la thèse d'agrégation de Blum, 1875).

La malade entre à l'infirmerie en août avec des phénomènes inflammatoires très accusés dans le genou et l'épaule, sièges des arthropathies; en même temps, l'état général devient mauvais; au bout de deux jours, elle mourut.

(1) *Bulletin de la Société Anatomique*, 1878, page 825.

A l'autopsie, on constata que les deux articulations, celle du genou et celle de l'épaule, renfermaient du pus rouge lie de vin abondant; la jambe et la cuisse étaient un peu œdématisées; en un mot, il s'était développé une véritable arthrite purulente.

On peut l'expliquer en tenant compte de la particularité suivante : la malade était assez profondément anesthésique des membres inférieurs et, de plus, elle avait une ataxie des mouvements très marquée; d'après son dire elle s'était donné un coup très violent sur le genou en marchant.

Troisième observation. — Mossé.

Un cas d'arthropathie tabétique supprimée (1)
(Société de Médecine et de Chirurgie pratiques
de Montpellier. Mars 1888.)
Résumée.

M..., cordonnier, né en 1830, alcoolique et syphilitique probable est atteint de tabès depuis de nombreuses années. Il souffre depuis l'âge de 40 ans de violentes douleurs dans les membres — douleurs térébrantes et fulgurantes — et de crises laryngées. En 1887 il présente un état cachectique avoué, depuis trois ans il n'a pas quitté son lit. Les réflexes rotuliens sont abolis, l'amyotrophie est généralisée.

Le 12 février 1888, M... signale une gêne du coude droit, qui a beaucoup grossi depuis la veille. Cette région contraste en effet par une énorme augmentation de volume avec celle du côté droit, très amaigrie et atrophiée. Distendue par un épanchement abondant, elle a perdu ses contours habituels et présente sur les côtés et en arrière des saillies fluctuantes.

(1) *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Montpellier*, 1838, pages 421 et 517.

Spontanément ou sous l'influence des mouvements, l'articulation n'est que peu douloureuse. Les mouvements de flexion et d'extension permettent de sentir et parfois d'entendre des craquements articulaires.

Si l'on essaie, en ayant une main appuyée sur la tumeur formée par le coude, d'imprimer des mouvements de pronation ou de supination à l'avant-bras, on trouve des craquements beaucoup plus marqués au niveau de l'articulation supérieure du radius et du cubitus, et on constate une mobilité anormale des surfaces articulaires, prononcée surtout pour l'articulation radio-cubitale. Les extrémités supérieures des deux os de l'avant-bras peuvent être facilement éloignées l'une de l'autre.

L'exploration fait reconnaître l'existence de corps mobiles intra et périarticulaires.

Les mouvements de pronation et de supination imprimés au radius font aussi percevoir l'existence de craquements et d'un certain degré de mobilité anormale de l'articulation radio-cubitale inférieure, mais ces phénomènes sont beaucoup moins accusés que dans l'articulation radio-cubitale supérieure.

L'augmentation considérable de volume du coude droit est due à un épanchement abondant qui s'est fait très rapidement et sans réaction de la cavité articulaire, comme cela a lieu d'habitude dans les arthropathies des ataxiques.

Le 22. — Depuis deux ou trois jours, le malade a eu une nouvelle crise douloureuse dans le membre inférieur droit et le coude droit. Ce matin nous trouvons le malade en plein accès de fièvre. T. 40°3. Pouls à 130. Sueurs. Température du soir 41°2. Pouls 128. L'examen des poumons est négatif.

Le 23. — Les douleurs persistent ainsi que la fièvre. T. 40°. Pouls 130. Le soir, T. 40°6. Pouls 136.

Le 24. — T. 38°4. Pouls 110. Malgré cette rémission, l'état général reste sérieux et l'auscultation permet d'entendre du retentissement vocal dans la fosse sus-épineuse droite. Le soir, T. 41°2. Pouls 126.

Le 25. — Agitation et sueurs profuses. T. 39°. Pouls 108. Le soir, T. 40°1. Pouls 116.

Le 26. — L'état général et local s'aggravent. Le coude droit est très douloureux et tuméfié. La peau est tendue, rouge, avec des reflets bleuâtres par place. Ces signes d'un travail inflammatoire violent font redouter, malgré la rareté de cette complication des arthropathies tabétiques, que le coude ne soit le siège d'une arthrite suppurée.

L'auscultation du poumon révèle ce matin, au niveau du tiers moyen du poumon gauche, en arrière et dans l'aisselle correspondante, l'existence de signes d'une pneumonie. T. 39°5. Pouls 118. Le soir, T. 38°9. Pouls 108.

Le 27. — La face est pâle, grippée; le corps recouvert de sueurs, la respiration irrégulière, gémissante.

L'examen physique du thorax n'indique pas de modifications bien sensibles des signes constatés la veille au niveau du poumon gauche.

Le coude, la région avoisinante de l'avant-bras et la partie inférieure du bras sont rouges, luisants, tendus, œdématiés, douloureux. La région du poignet est aussi devenue douloureuse et légèrement tuméfiée.

Pendant la journée du 27, l'état général s'aggrave encore. T. 39°4. Pouls 118. Le soir, T. 40°2. Pouls 138.

Le 28. — La situation ne fait qu'empirer. La respiration est gênée. Sueurs abondantes. T. 40°. Pouls 120.

La ponction de l'articulation est pratiquée et donne issue à quelques gouttes de pus. L'état du malade contre-indique toute intervention chirurgicale et il est reconnu inutile de chercher à évacuer la collection purulente par une opération plus active.

Mort à 4 heures du soir. La température prise quelques instants avant la mort s'élevait à 41°2. Pouls à 144.

Autopsie. — Cavité thoracique : hépatisation grise du poumon gauche.

Coude droit : la capsule est distendue par du pus dans lequel nagent des grumeaux et où l'on trouve des corps étran-

gers. Le pus a perforé la capsule et a fusé à travers les intestins musculaires du bras et de l'avant-bras.

Grosses altérations de ligaments latéraux. Le ligament annulaire de l'articulation radio-cubitale est en partie détruit.

Sur l'humérus, le condyle et la partie externe de la trachlée sont dépourvus de cartilage et offrent l'aspect éburné.

Le cartilage articulaire du radius et du cubitus a disparu. Le bec de l'apophyse coronoïde et de l'olécrâne sont, en partie, détruits. Le bord externe de la cupule du radius est, au contraire, épaissi.

Quatrième observation. — Sonnenburg (1).

*Résumée in Chipault. Revue de Chirurgie, 1891,
p. 1049.*

Il s'agit d'un tabétique atteint depuis trois ans d'une arthropathie du genou gauche. Cette articulation suppura sans cause connue. La peau était rouge, tendue, chaude; et, malgré la suppuration, les mouvements étaient encore possibles.

A l'autopsie on trouva les surfaces tibiales et fémorales profondément détruites; autour des capsules créées par l'érosion de ces os, il y avait de nombreux ostéophytes. Les ligaments avaient presque totalement disparu.

Cinquième observation. — Druchert.

Arthropathie tabétique suppurée du coude (2).

(Société médicale du département du Nord.

Séance du 6 mars 1905.)

M. Druchert présente une articulation du coude provenant

(1) SONNEBURG. — Die arthropathie tabidorum. *Arch. fur Klinische Chirurgie*, T. XXXVI, page 131.

(2) *Echo Médical du Nord*, 1905.

d'un malade syphilitique, tuberculeux pulmonaire et tabétique. Dès le début de l'affection, le gonflement rapide de l'articulation faisait plutôt penser à une tumeur blanche. Mais au bout de trois mois, il s'établit une suppuration, avec lésions phlegmoneuses au voisinage, et un état grave de septicémie staphylococcique, constatée par l'examen du sang, qui nécessita l'amputation du bras.

En outre, du côté de l'articulation, on notait des lésions de raréfaction du tissu osseux très marquées au niveau du cubitus dont l'apophyse coronoïde était complètement usée et du côté de l'humérus qui présentait une usure transformant en plateau les poulies articulaires. Consécutivement à l'amputation, l'état général du malade redevint bon, mais la tuberculose pulmonaire continua à évoluer.

Sixième observation. — Oddo.

Tabes avec amyotrophie et arthropathie suppurée (1).
(Communiquée par M. P. Marie à la Société de Neurologie.
Séance du 7 juin 1906.)

Fourcade, âgé de 64 ans, horloger, malade depuis 28 ans.

Antécédents personnels. — Dans son passé pathologique, nous trouvons un chancre induré à l'âge de 28 ans, ayant laissé une cicatrice sur le gland; il n'a jamais eu d'accidents secondaires, mais il a souffert de céphalées très violentes. Jamais d'autres maladies, il ne s'est jamais marié, il n'a jamais commis de grands excès vénériens, mais il reconnaît s'être adonné à la boisson (plusieurs apéritifs par jour, le champoreau le matin et plusieurs verres de liqueur dans le courant de la journée).

Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires.

(1) *Revue Neurologique*, 1906, p. 587.

Histoire de la maladie. — A l'âge de 38 ans, soit dix ans après le chancre, Fourcade a commencé à avoir quelque incertitude dans la marche, incertitude qui se changeait en incapacité absolue dans l'obscurité. Dès ce moment, il a ressenti des douleurs fulgurantes très violentes dans les jambes: il a eu une nuit, au début de la maladie, de violentes douleurs abdominales accompagnées de rétention d'urine. De plus, il avait assez souvent des nausées et des vomissements. Depuis cette époque, les douleurs fulgurantes, si violentes au début, ont diminué d'intensité et de durée.

Quant à l'incoordination motrice, elle a suivi une marche extrêmement lente, et n'a jamais empêché le malade de marcher. Il n'a jamais eu d'incoordination dans le membre supérieur.

Il y a huit ans et demi, notre malade eut un phlegmon à la main droite, à la suite duquel on amputa le médius. Le phlegmon aboutit à une rétraction tendineuse entraînant la flexion de tous les doigts, sauf celle du pouce.

Quelques mois après, après une chute, il eut une contusion de l'épaule, qui a sans doute amené une luxation. Après réduction et quelques jours d'hôpital, le malade put se servir de son membre.

Quelques mois après, l'articulation commença à enfler sans douleurs, puis en quelques jours une fistule se produisit, qui laissa échapper un liquide séro-purulent en très grande abondance. Opération, incision et râclage; la suppuration persista très abondante pendant près d'un an, puis cessa. Huit mois après, nouvelle suppuration qui tarit bientôt. Enfin ces jours-ci la suppuration s'est reproduite une troisième fois. Remarquons que tous ces phénomènes ne se sont accompagnés que d'une douleur à peu près nulle.

Etat actuel. — Le malade présente de l'incoordination des membres inférieurs; il talonne fortement et lance les pieds. Mais il marche relativement assez bien, quoi qu'il en soit, en raison de l'atrophie musculaire des membres supérieurs, privé

de l'appui d'une canne. Il perd cependant assez facilement l'équilibre, surtout sur les parquets glissants et fait des chutes assez nombreuses. Le signe de Romberg existe nettement. Pas d'incoordination des membres supérieurs. Mais au repos on remarque des mouvements athétosiques des mains.

Troubles sensitifs. — Subjectifs : douleurs fulgurantes survenant de temps en temps, mais beaucoup moins fréquemment qu'autrefois. Engourdissement dans la zone du cubital et du médian. Douleurs fixes fréquentes dans le pied droit. Perte de la notion de position des membres.

Objectifs : dans les membres inférieurs, la sensibilité est émoussée sans être éteinte complètement. Pas de troubles de la sensibilité au froid et au chaud.

Etat des réflexes : réflexes tendineux abolis; plantaires et crémasteriens abolis.

Pupilles : myosis très prononcé. Signe d'Argyll-Robertson. Pas de troubles de la vue ni des autres organes des sens.

Troubles viscéreux : assez souvent nausées et vomissements.

Etat de l'épaule gauche. — Mobilité anormale très prononcée; on peut faire faire à l'épaule des mouvements de circumduction et de projection en arrière très prononcés. Laxité très grande de l'articulation. Véritable membre de polichinelle. Crépitation osseuse très prononcée; on sent que la tête de l'humérus est très atrophiée. Il existe sur la région deltoïdienne trois orifices fistuleux par lesquels s'écoule en très grande abondance du pus séreux qui souille les pièces de pansement et fait saillie même par moment pendant qu'on examine l'épaule. Aucune douleur ne se produit pendant cet examen.

Atrophie musculaire.

Il faut aussi relever dans cette observation la suppuration de l'arthropathie scapulo-humérale, car la purulence de l'épanchement est extrêmement rare dans les arthropathies tabéti-

ques (P. Marie). Cette suppuration, qui se tarit de temps à autre pour se reproduire, est extrêmement abondante.

Septième observation. — Chaumier.

*Arthropathie suppurée chez un tabétique
devenu paralytique général.*

*(Congrès de Bruxelles-Liège des médecins aliénistes
et neurologistes de langue française. Août 1910 (1)).*

F..., 48 ans, imprimeur, syphilitique depuis 22 ans, tabétique depuis 10 ans, est devenu paralytique général au cours de l'année 1909. Au mois d'avril de cette année, il a été pris brusquement d'une arthropathie de la hanche gauche, qui, après s'être amendée pendant quelques semaines, a récidivé brusquement, s'est compliquée de suppuration et a emporté le malade en quelques jours.

Le tableau symptomatique a été le même que celui décrit par les auteurs qui ont observé des cas semblables : phénomènes locaux nuls, pas de douleurs à la pression, début insidieux, puis, après une amélioration apparente, marche foudroyante et mort.

A l'autopsie, quantité considérable de pus dans la cavité articulaire, largement distendue, capsule perforée en plusieurs endroits, rebord cotyloïde et fémurs érodés et éburnés.

Dans aucune de ces sept observations d'arthropathies tabétiques suppurées il n'y eut de contrôle bactériologique du liquide articulaire. Il n'en est pas de même pour les cas suivants, où l'examen du pus fut pratiqué.

(1) *Revue Neurologique*, 1919, T. II, p. 236.

Huitième observation. — Brissaud, Bauer et Gy.

Arthropathie suppurée chez un tabétique (1).

(Société de Neurologie. 1^{er} juillet 1909.)

L..., âgé de 40 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en octobre dernier pour une arthrite aiguë du pied droit dont il est atteint depuis trois jours.

Après une journée fatigante, un samedi soir, il a été pris subitement de très violentes douleurs dans les membres inférieurs; douleurs fulgurantes qui persistent encore le lendemain dimanche et qui sont accompagnées d'un grand malaise général, de frissons et de fièvre. Le dimanche soir, L... constate que son pied droit, déjà déformé depuis quelques années, a beaucoup enflé et est devenu très rouge. Le lundi et le mardi, il peut cependant aller à son travail; mais le mercredi, l'inflammation du pied ne disparaissant pas, il entre dans notre service.

Les violentes douleurs des premiers jours ont cessé, mais L... ressent encore un malaise général : la langue est saburrale, la température atteint 39°.

Le pied droit, très tuméfié, surtout au niveau des malléoles et de la face dorsale du tarse et du métatarse, est rouge; la peau est tendue, lisse et chaude; en avant de la malléole interne, on perçoit de la fluctuation. Malgré l'intensité des phénomènes inflammatoires, l'exploration et la mobilisation du pied n'éveillent aucune douleur. Devant l'indolence absolue de cette arthrite, on songe à rechercher les signes du tabes, et on trouve de l'inégalité pupillaire avec signe d'Argyll-Robertson, abolition des réflexes rotuliens. De plus, on apprend qu'à 26 ans L... a été atteint d'un chancre syphilitique, suivi d'une roséole et de plaques muqueuses, et n'a guère été soigné; depuis l'âge de 32 ans, L... a, de temps à autre, des petites

(1) *Revue Neurologique*, 1909, T. II, p. 941.

crises de douleurs fulgurantes, des douleurs en ceinture, de légers troubles urinaires. Vers l'âge de 34 ans, son pied droit s'est déformé peu à peu, la voûte plantaire s'est affaissée et un médecin a reconnu un pied tabétique. Le diagnostic de tabes peut donc être affirmé (quelques jours plus tard, la ponction lombaire confirmait le diagnostic en montrant une forte lymphocytose céphalo-rachidienne) et on conseille la lésion inflammatoire du pied comme une arthropathie suppurée avec lymphangite. Etant donné la gravité de l'état local, l'opportunité d'une intervention chirurgicale est discutée, puis écartée, et on fait appliquer sur le pied des compresses d'eau bouillie chaude; pulvérisations toutes les trois heures.

Dès le lendemain, la fièvre diminue et le surlendemain la température est normale. Mais peu de modifications locales. Une ponction, faite dans la zone de fluctuation, donne issue à 30 centimètres cubes de pus jaunâtre, plus ou moins grumeleux. Au microscope on trouve dans ce pus des débris cellulaires, des polynucléaires altérés, pas de microbes. Les milieuxensemencés restent stériles. Un cobaye inoculé ne présente aucun trouble ni immédiat ni tardif. (Pas de tuberculose.)

A la suite de la ponction, les phénomènes inflammatoires s'atténuent peu à peu. Mais deux nouvelles ponctions doivent être faites en novembre et, cette fois encore, les milieuxensemencés restent stériles. Peu à peu le pied diminue de volume, la rougeur disparaît et on permet au malade de se lever. Dès les premiers essais de marche, l'inflammation articulaire et périarticulaire reparaît très accusée, mais sans occasionner ni fièvre, ni malaise général. Après une nouvelle période de repos, le malade peut enfin quitter l'hôpital (janvier 1909) et reprendre un peu d'occupation.

Le 12 mars, sans raison apparente, nouvelle crise de violentes douleurs fulgurantes, suivie de l'apparition des mêmes phénomènes inflammatoires locaux qu'en octobre dernier, mais sans fièvre ni malaise général. Un chirurgien voit le malade

et lui propose l'amputation du pied : l'opération est décidée, mais deux jours plus tard, devant une atténuation paradoxale des signes inflammatoires, le chirurgien se refuse. Depuis cette époque, on observe de temps à autre des poussées aiguës, apparaissant toujours, au dire du malade, à la suite de fortes douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs; entre temps les articulations du pied restent empâtées. Une radiographie a montré qu'il existe de grosses lésions ostéo-articulaires du tarse. L'astragule semble particulièrement touché.

A propos de cette observation, Raymond rappela qu'il avait vu récemment un tabétique qui, subitement, avait été atteint d'une arthropathie avec suppuration et gangrène : à bref délai cette grave arthropathie avait été cause de la mort du malade.

Neuvième observation. — Navarro.

Arthropathie tabétique inflammatoire (1) (1921).

Résumée.

Un ancien syphilitique, tabétique depuis quelques années, fit, en mai 1917, une chute qui provoqua une grosse ecchymose sur le membre inférieur gauche.

Il ne conserve plus qu'un léger gonflement, quand, le 26 juin, il ressent une violente douleur dans le mollet gauche. Le lendemain, il va à Montévidéo, où il est examiné. La jambe gauche présente un œdème résistant, gardant mal la pression des doigts; le pied est rouge foncé, chaud, avec les veines superficielles dilatées. L'articulation du genou contient un peu

(1) *In.* Les arthropathies tabétiques inflammatoires au point de vue chirurgical. (*Anales de la Facultad de Medicina*, Montevideo, 1921, VI.

de liquide. Les mouvements sont très douloureux. La température atteint 38°.

On pense à une phlébite, mais ce diagnostic ne donne pas satisfaction. Les jours suivants, la douleur se calme, mais la fièvre persiste entre 38° et 39°; l'état général est mauvais, le malade est déprimé et intoxiqué; les urines sont rares, la langue est sèche.

Localement, le gonflement de la jambe augmente et devient résistant à la face interne. Le genou présente de l'hydarthrose, de gros craquements et de légers mouvements de latéralité. Les jours suivants, l'arthropathie tabétique est manifeste : augmentation de volume des extrémités, mouvements de latéralité très accentués, articulation indolente. Une radiographie confirme ce diagnostic. Mais l'œdème de la jambe persiste et devient fluctuant à la face interne. Pensant à un phlegmon, on incise le 10 juillet 1917, à l'anesthésie locale, sur la face interne de la jambe, à deux travers de doigts du tibia, à 11 centimètres de l'articulation. Il sort un liquide franchement purulent d'abord, séro-purulent à la fin, évalué à 200 grammes. La collection est profonde, située à la face postérieure derrière les jumeaux. Le pus est examiné au point de vue bactériologique; examen direct et cultures ne révèlent aucun germe.

L'état général s'améliore, mais la fièvre persiste. Le liquide est séreux, à peine purulent, mais extrêmement abondant et souille rapidement les pansements. Pensant bien que la cavité du phlegmon communique avec l'articulation du genou, on fait, le 4 août, pour mieux assurer le drainage, une incision médiane, sans anesthésie, et que le malade supporte sans douleurs.

Dès le début on institue un traitement d'huile grise et de Novarsénobenzol (0 gr. 30 à 0 gr. 90).

Comme l'examen du genou montre encore un peu de rétention et que l'incision suppure encore, on agrandit l'incision

postérieure (février 1918). Le malade peu après se lève, mais la dislocation l'oblige à se servir de béquilles.

On pratique de nouveau 16 injections de Novarsénobenzol à 0,45, qui ne modifient pas l'état local. On fait alors des injections intra-veineuses de benzoate de mercure; tous les deux jours, de 0,6 à 0,10, deux séries de 16 injections. La fistule alors se ferme et le genou se consolide peu à peu.

En août 1918, la fistule s'ouvre. Quatre injections de Novar et quatre de benzoate de mercure.

En février 1919, une tuméfaction douloureuse apparaît à la face interne du genou. La fièvre est élevée, les signes d'intoxication générale réapparaissent. On incise sur le bord interne de la rotule : il s'écoule 300 grammes de sang rouge. Le doigt explore les surfaces articulaires qui sont érodées. Pansement compressif. Il suinte, les jours suivants, un liquide de plus en plus séreux.

Nouveau traitement arsénical et mercuriel.

En octobre 1921, on revoit le malade. L'état général est bon, quelques douleurs fulgurantes dans les jambes. La marche est possible sans canne. Les mouvements de latéralité sont peu accentués; gros craquements articulaires.

L'articulation est plus volumineuse que celle du côté opposé; mais cette augmentation de volume est surtout due à l'épaisseur des tissus superficiels, muscles et tendons. La radiographie montre, en effet, que les os sont atrophiés. La diaphyse et l'extrémité inférieure du fémur présentent de la raréfaction osseuse. Au niveau du tibia, les lésions sont plus accentuées : le condyle tibial interne est aminci et des particules osseuses s'en sont détachées; le plateau tibial externe est très irrégulier; on constate la présence d'une lame osseuse qui paraît produite par une ossification ligamenteuse.

Dixième observation. — Pagniez et Coste.

*Arthropathie tabétique suppurée par infection
secondaire (1).*

(Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Séance du 9 novembre 1923.)

M^{me} V..., 40 ans, entre à l'hôpital le 6 juillet 1923 pour un gonflement peu douloureux de la cheville droite, survenu depuis quatre jours; l'articulation, dit-elle, ne présentait auparavant rien d'anormal et ne gênait nullement la marche.

La température, à l'entrée, atteint 40°3; elle semble avoir débuté avec les phénomènes articulaires et s'accompagne d'une diarrhée séreuse assez intense, avec incontinence des matières. Langue humide. Râte normale. Quelques douleurs abdominales. Pas de gargouillement. Pas de taches rosées.

L'examen décèle une arthrite de la tibio-tarsienne et de la médio-tarsienne droites, fortement distendues, avec œdème assez considérable de la cheville et du pied, rougeur et chaleur de la peau, débordant peu la zone articulaire. Le diagnostic d'arthrite aiguë s'imposerait s'il n'existait, contrastant avec ces phénomènes inflammatoires intenses, une indolence presque complète; la mobilisation active et passive, très aisée, révèle de gros craquements osseux et une laxité anormale des articulations atteintes, qui donnent d'emblée avec netteté la sensation du sac de noix.

On apprend alors que la malade a contracté la syphilis en 1914 et suit un traitement intermittent. Elle présente des symptômes manifestes de tabès : abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs. Signe d'Argyll-Robertson. Ataxie marquée. Elle accuse des troubles de l'équilibre, du dérobement des jambes. Pas de syphilis viscérale. Rien au cœur.

(1) *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, Paris, 1923, T. II p. 1473.

Bordet Wassermann négatif dans le sérum, positif dans le liquide céphalo-rachidien.

On pose le diagnostic d'arthropathie tabétique aiguë inflammatoire.

La température reste pendant trois jours supérieure à 39°, puis le 9 juillet tombe à 37°8 pour, désormais, osciller autour de 38°-38°5. La diarrhée disparaît 48 heures après l'entrée, sans traitement particulier. Une hémoculture pratiquée le 8 juillet (température 39°2) restera négative.

Le 10 juillet, une ponction de l'articulation tibio-tarsienne retire un pus épais, brunâtre, contenant d'assez rares bacilles longs et fins, ne prenant pas le Gram, au milieu de polynucléaires très altérés. Ce germe pousse en 24 heures sur bouillon, sans voile, en donnant des ondes moirées; il est immobile. Les cultures sur gélose ont la morphologie du groupe Eberth-coli. Au bout de quelques passages, le germe devient mobile. Il est agglutiné à 1/10.000 par le sérum anti-Eberth, sans coagulation notable par les sérums anti-paratyphiques.

Nouvelle ponction articulaire le 20 juillet : sang mélangé d'un peu de pus. Pas de bacilles visibles sur lame, mais la culture en bouillon fournit de nouveau, en abondance, le même germe en 24 heures; immobile au début, il ne devient mobile qu'après cinq passages sur gélose. Les réactions des milieux sucrés sont celles du bacille d'Eberth, mais l'agglutination reste cette fois négative.

En raison de ces anomalies, nous envoyons le germe au docteur Dumas, à l'Institut Pasteur, en le priant d'en vouloir bien contrôler l'identification : il s'agit bien d'un Eberth typique. D'ailleurs un séro-diagnostic est positif à l'Eberth au 1/200, au Para A au 1/20, et négatif au Para B (21 juillet). Deux autres séro-diagnostic, pratiqués dans le courant d'août, donnent le même résultat.

L'arthrite conserve pendant tout le mois d'août le même caractère inflammatoire aigu, la température continuant d'osciller autour de 38°, sans altération de l'état général. Les 23

et 26 août (les hésitations sur la nature exacte du germe ayant duré jusqu'à cette date) injection d'un demi centimètre cube de vaccin T. A. B. iodé; à la seconde injection succède un abaissement de la température moyenne, qui oscille entre 37° et 38°, mais l'articulation reste chaude et rouge. Les 29 et 31 août, 1^{er} et 2 septembre, injection d'un demi puis d'un centimètre cube d'auto-vaccin chauffé; la température tombe à 37° et s'y maintiendra désormais; l'arthrite perd son allure aiguë, la rougeur disparaît; il ne demeure qu'une distension articulaire très accusée avec dislocation indolente de la cheville et œdème persistant du pied. L'influence de l'auto-vaccin paraît des plus nettes; il a amené en quelques jours le refroidissement d'une arthrite qui, depuis plus d'un mois, conservait un caractère manifestement inflammatoire.

La radiographie montre des lésions osseuses considérables, intéressant surtout l'astragale.

Il était intéressant de rechercher si le bacille de Koch ne frappait pas les arthropathies tabétiques, comme il le fait assez souvent dans les diverses arthrites chroniques. A moins que ces cas passent facilement inaperçus, ils sont exceptionnels; nous n'avons pu en retrouver que trois, dont deux observations furent seules publiées.

Onzième observation. — Parizot et Spillmann.

Arthropathie tabétique et tuberculose.

(IV^e Congrès de Médecine. Montpellier, 1898.)

Il s'agit d'un meunier T..., âgé de 60 ans, entré le 18 janvier 1897 à l'hospice Saint-Julien. A part des habitudes alcooliques invétérées, nous ne relevons rien dans ses antécédents qui soit digne d'attirer l'attention. Le début de la maladie remonte au

mois de janvier 1894. A cette époque, le malade remarque que sa jambe gauche se fatiguait beaucoup plus rapidement que la droite.

Bientôt après survint un gonflement considérable du genou qui l'obligea à cesser momentanément tout travail.

Après quelques jours de repos, il reprit son métier qui l'obligeait à faire par jour plusieurs kilomètres à pied. Le genou était alors complètement indolore, quoique très volumineux, et la marche était possible.

En décembre 1895 apparurent des déformations articulaires que l'on constate encore actuellement. A ce moment le malade exerçait le métier de casseur de pierres et, pour se mouvoir plus facilement, déplaçait avec ses mains son genou qui ne le faisait nullement souffrir. En octobre 1896, il entra dans le service de M. le professeur Gross, où on lui immobilisa l'articulation pendant deux mois dans un appareil plâtré. C'est alors qu'on s'aperçut de l'abolition des réflexes rotuliens et de l'apparition de douleurs fulgurantes. Les différents symptômes observés ayant fait penser à un tabes, le malade fut conduit dans le service de M. le professeur Spillmann, où le même diagnostic fut porté. Vers la fin de son séjour dans ce service, le genou, qui jusqu'alors était resté insensible, devint douloureux et la marche fut bientôt impossible.

L'état général était des plus mauvais; il existait déjà aux deux sommets des signes manifestes de tuberculose pulmonaire. C'est à ce moment que le malade entre à l'hospice Saint-Julien.

On se trouve en présence d'un homme profondément amaigri. L'attention est de suite attirée par l'arthropathie du genou gauche. Celui-ci est très augmenté de volume, surtout à la partie antérieure. Sa circonférence à la partie moyenne est de 40 centimètres; celle du genou droit n'était que de 33 centimètres.

La tuméfaction est uniforme, et tout relief extérieur a disparu. Il existe une subluxation du tibia en arrière.

La peau a sa coloration normale, mais le réseaux veineux est très développé. La rotule est très élargie, ainsi que les surfaces articulaires en contact. On ne perçoit pas le choc rotulien. Les douleurs sont vives à la pression et dans les mouvements, du reste très limités, qu'on peut imprimer à la jointure. L'incapacité fonctionnelle est totale.

Cette arthropathie est le seul trouble trophique observé chez le malade. Les réflexes rotuliens et crémastériens sont abolis, la force musculaire intacte et les mouvements un peu incoordonnés.

La jambe droite, élevée au-dessus du plan du lit, oscille avant d'arriver au but.

La marche est impossible, et le malade ne peut pas rester debout immobile. Il ressent des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Il n'y a pas de retard dans la perception et pas de perte du sens musculaire.

La sensibilité au tact est normale, ainsi que la sensibilité thermique.

Les pupilles, contractées, réagissent à l'accommodation, mais ne réagissent pas à la lumière.

L'examen ophtalmoscopique permet de constater l'atrophie blanche des deux papilles.

La parole est légèrement scandée et la mémoire très diminuée.

A part l'auscultation du poulmon, qui fait entendre des craquements aux deux sommets, l'examen des différents appareils ne présente rien de particulier.

On pose alors des pointes de feu sur le genou gauche et on l'immobilise dans une gouttière.

Le malade est pris brusquement dans la journée du 21 janvier de courbature et de fièvre. On perçoit aux deux sommets des craquements avec résonance de la voix.

Le 25, il existe un violent point de côté dans l'aisselle droite les pommettes sont cyanosées et la dyspnée très vive.

Les crachats, rouillés, adhérents, renferment des pneumo-

coques en quantité considérable, mais on n'y trouve pas de bacilles de Koch.

On entend à la base droite et dans l'aisselle, des râles crépitants, fins. Le poulx est petit.

Les bruits du cœur sont sourds. Les urines renferment une forte proportion d'albumine.

L'état s'aggrave les jours suivants.

La respiration devient difficile, le poulx filiforme, incomptable, et le malade meurt le 30 janvier.

L'autopsie est pratiquée le 31.

Les poumons sont congestionnés aux bases. On trouve un début d'hépatisation grise dans tout le lobe inférieur du poumon droit. Le reste du parenchyme est farci de tubercules. Le sommet renferme deux petites cavernes. Le poumon gauche présente des lésions tuberculeuses analogues.

La dissection du genou gauche fait constater les lésions suivantes :

Après ablation des parties molles qui ne présentent aucune altération, on trouve la capsule articulaire très épaisse. L'incision de la synoviale donne issue à un pus jaunâtre qui distend tous les culs de sac et s'épanche dans les bourses du creux poplité. Ces bourses communiquent par un orifice étroit avec l'intérieur de la cavité articulaire. Il y a environ 90 grammes de pus.

L'examen bactériologique y décèle la présence de bacilles de Koch en quantité considérable. La synoviale est épaissie, injectée et couverte de petits tubercules formant saillie.

Les deux plateaux du tibia et les condyles du fémur sont très augmentés de volume. Le cartilage articulaire, décollé, est en partie détruit et réduit en bouillie.

L'os, dénudé sur une grande surface, est injecté et présente de nombreux foyers de ramollissement.

La face postérieure de la rotule présente les mêmes altérations.

Une coupe transversale de la portion dorsale de la moelle

épineière, colorée à l'hématoxyline de Weigert, montre de la dégénérescence des cordons postérieurs.

A l'examen des différents troncs nerveux du membre inférieur gauche (nerfs sciatique, sciatique poplité externe et rameau articulaire se rendant au genou) on trouve dans la plupart des faisceaux une disparition presque complète des fibres. Quelques faisceaux seulement semblent peu altérés.

Cette dégénérescence se propage jusque dans les racines antérieures de la moelle.

Sur le membre inférieur droit, les lésions sont beaucoup moins accentuées et on constate seulement la segmentation de la myéline et la disparition du cylindre-axe de certaines fibres.

Tous les autres organes sont normaux.

Douzième observation. — Simon et Hoche.

Tuberculisation ultime d'une arthropathie tabétique (1).

(Société de Médecine de Nancy.

Séance du 27 mars 1907.)

Il s'agit d'un ouvrier serrurier de 41 ans qui présenta pour la première fois, en 1900, des crises caractérisées par une douleur brûlante au creux épigastrique et des vomissements aqueux extrêmement abondants. A ce moment il dut interrompre son travail pendant trois mois, au bout desquels il le reprit à nouveau; mais tous les quinze jours survenaient des crises semblables qui duraient chaque fois plusieurs jours. Dans les intervalles, les fonctions digestives étaient absolument normales et les aliments les plus indigestes passaient sans aucune difficulté.

Ces phénomènes avaient appelé notre attention sur la probabilité d'une affection tabétique et, en effet, en interrogeant

(1) *Revue Médicale de l'Est*, Nancy, 1907, p. 423.

le malade, nous apprenions que, trois ans auparavant, il avait eu pendant plusieurs semaines des crises douloureuses dans les membres inférieurs : à l'examen on constatait des signes très nets d'ataxie tels que : abolition du réflexe tendineux, impossibilité de la station debout et de la marche, les yeux fermés, etc... Il n'existait aucun trouble oculaire ni vésico-rectal; les douleurs fulgurantes n'avaient pas reparu. Le sujet niait obstinément toute espèce d'antécédent syphilitique, mais il présentait une déformation du nez qui était complètement aplati du côté gauche par une destruction partielle du cartilage, et qu'on était en droit de soupçonner fortement d'être de nature spécifique.

Le 31 janvier 1903, le malade fut pris tout à coup, au cours de son travail, d'une impotence complète du membre inférieur gauche, due à un gonflement subit et indolore du genou avec rougeur très vive de la peau et œdème de la partie supérieure de la jambe, sans épanchement articulaire considérable. Dès ce moment, il dut garder la chambre, mais il pouvait circuler à l'aide d'une canne et ne se plaignait d'aucune douleur.

Le 5 mars, le genou était extrêmement volumineux, bien que renfermant peu de liquide, la peau était blanche et tendue, les veines superficielles très développées. On pouvait étendre presque complètement la jambe sur la cuisse et imprimer au genou des mouvements de latéralité très étendus. La circonférence du genou droit était de 46 cm. 5, contre 36 cm. 5 du côté sain. Enfin on constatait un élargissement énorme du plateau tibial et une subluxation très nette du fémur en avant.

L'examen des organes ne révélait à ce moment rien d'anormal, sauf une ectasie stomacale considérable. Les crises gastriques avaient disparu depuis le début de l'arthrite et ne se sont plus jamais montrées depuis.

L'état du malade resta à peu près stationnaire jusque vers le mois de juin 1905. A partir de ce moment, il se produisit en différents points de la jointure des abcès qu'on dut inciser et qui se cicatrisèrent du reste assez facilement, mais le ma-

lade commença alors à tousser et à cracher et on vit se développer peu à peu les signes d'une tuberculose pulmonaire à laquelle il succomba le 28 juillet 1906.

A l'autopsie, les deux poumons présentaient des lésions tuberculeuses ulcéro-caséieuses; le poumon droit était creusé au sommet de cavernes du volume d'un œuf de poule, la parenchyme très congestionnée et était semée de tubercules caséux; enfin il existait en arrière, au-dessus du diaphragme, une poche de pleurésie enkystée contenant une cinquantaine de grammes de liquide citrin. Le poumon gauche, également congestionné, présentait des tubercules caséux disséminés et au sommet une caverne récente, du volume d'une noix, à contenu caséux.

Le cœur était volumineux et généralement hypertrophié.

Il n'existait pas de lésions valvulaires; le muscle était ferme, rouge, violacé, d'aspect normal.

Le foie présentait les signes du foie muscade. La rate était normale; les reins volumineux, un peu durs, faciles à décortiquer, montraient çà et là quelques granulations tuberculeuses.

Il existait un peu de dilatation du bassin et des calices, la vessie et les uretères étaient distendus : ces lésions étaient dues à un ancien rétrécissement urétral.

L'articulation du genou droit était distendue par un épanchement jaune et transparent avec quelques grains riziformes. Les surfaces articulaires étaient dépolies et les cartilages atteints d'ulcération velvétiques.

A gauche il existait une pseudarthrose avec subluxation du tibia en arrière; la moitié du plateau tibial avait disparu et l'extrémité fémorale s'était creusée une nouvelle loge dans la partie supérieure du tibia. Entre les deux condyles du fémur, il existait une cavité irrégulière renfermant du pus verdâtre. L'articulation elle-même contenait une petite quantité de pus semblable, dans lequel se trouvaient de nombreux grains riziformes.

L'examen bactériologique du pus et des grains riziformes a

montré une grande quantité de bacilles acido-résistants identiques d'aspect au bacille de Koch (G. Thiry).

Dans la discussion qui suivit cette communication, M. Etienne rapporta l'observation d'un malade tuberculeux, présentant une tumeur blanche, mais qui était tabétique avant de devenir tuberculeux. A l'autopsie, on trouva des manifestations tuberculeuses greffées sur son arthrite tabétique.

CHAPITRE III

Etude clinique

Les arthropathies tabétiques suppurées se présentent, en clinique, avec des allures très différentes, selon qu'elles relèvent ou non d'une infection de l'arthropathie par le bacille tuberculeux.

Nous allons étudier leur aspect dans l'un et l'autre cas.

I. — ARTHROPATHIE TABÉTIQUE SUPPURÉE TUBERCULEUSE.

Les arthropathies tuberculisées sont exceptionnelles. On peut se demander pourquoi le bacille de Koch, qui touche souvent les arthrites inflammatoires chroniques, telles que les blennorragiques, les scarlatineuses et même les arthrites traumatiques, respecte ainsi les arthropathies nerveuses. Les tabétiques, cependant, deviennent souvent tuberculeux pulmonaires durant leur séjour à l'hôpital.

Les deux arthropathies tuberculisées, que nous connaissons en détail, siègent aux genoux. Il s'agissait d'anciens

tabétiques qui, depuis deux ou trois ans, présentaient une arthropathie classique : indolence absolue, grosse déformation de la jointure; marche relativement facile. Des symptômes de tuberculose pulmonaire sont déjà observés à l'auscultation.

Chez un malade, l'articulation devient subitement douloureuse, puis rapidement la marche est impossible; l'état général est mauvais et une pneumonie emporte le sujet.

Dans l'autre cas, insidieusement et sans signes généraux, des abcès apparaissent en différents points de l'articulation. Mais le malade commence à tousser et un an après il succombe à une tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie de ces deux malades, on trouve, dans l'articulation du genou, du pus verdâtre, contenant de nombreux grains riziformes. L'examen bactériologique révéla la présence du bacille de Koch.

On se trouve donc en présence de deux tabétiques tuberculisant leur arthropathie deux ou trois années après son apparition. Ces malades étaient déjà porteurs de lésions pulmonaires tuberculeuses. Dès que l'articulation est touchée par le bacille tuberculeux, l'état général, jusqu'alors satisfaisant, s'aggrave, et une affection pulmonaire emporte le malade.

Nous ne connaissons que trois cas d'arthropathie tabétique tuberculisée et chaque fois l'issue a été fatale à brève échéance. Peut-être d'autres cas sont-ils passés inaperçus ou la nature tuberculeuse de l'infection n'a-t-elle pas été reconnue. Aussi Simon et Hoche font-ils remarquer qu'il est nécessaire d'avoir présente à l'esprit la possibilité d'une tuberculisation, quand on voit suppurer à bas bruit une

arthropathie tabétique; une intervention chirurgicale pourrait, d'après ces auteurs, prolonger l'existence du malade s'il n'y a pas de lésions viscérales en évolution.

II. ARTHROPATHIE TABÉTIQUE SUPPURÉE NON TUBERCULEUSE.

Des quelques cas connus d'arthropathie tabétique suppurée, nous ne pouvons pas tirer une statistique; il est cependant intéressant de rechercher si certaines articulations sont plus susceptibles de suppurer que d'autres.

Nous voyons que toutes les jointures habituellement atteintes d'arthropathie tabétique peuvent devenir purulentes : hanche, genou, tibio-tarsienne et tarse, épaule et coude. Et l'on peut constater que la proportion des cas suppurés de chaque articulation est à peu près la même que celle des arthropathies simples. Nous trouvons, en effet, quatre cas du genou, dont deux tuberculeux, trois de la hanche, trois de la tibio-tarsienne, deux de l'épaule, deux du coude. C'est l'ordre que nous remarquons dans la plupart des études anciennes ou récentes consacrées aux arthropathies tabétiques classiques.

Il faut observer toutefois que si certains malades voient suppurer la seule articulation touchée par le tabes, d'autres sont atteints de multiples arthropathies, dont une seule s'infecte, telle notre première malade, présentant depuis plusieurs années une arthropathie des deux genoux, qui brusquement fit une arthropathie de la tibio-tarsienne suppurée, et notre deuxième observation où les deux hanches sont successivement atteintes et la dernière touchée, seule, devient purulente. Dans un cas de Ray-

mond, la malade mourut rapidement de la suppuration des articulations de l'épaule et du genou.

Les malades atteints d'arthropathie suppurée sont, pour la plupart, d'anciens tabétiques, soignés comme tels depuis de nombreuses années; ou, tout au moins, présentant déjà des symptômes typiques que l'interrogatoire révèle. Tels furent les cas de Briscaud, Bauer et Gy et de MM. Pagniez et Coste : ce fut à cause de l'indolence de l'arthrite que l'on rechercha les signes du tabes et les malades reconnurent avoir depuis quelque temps des douleurs fulgurantes ou une légère incoordination des membres inférieurs.

Seul le malade observé par Goure (1) dans le service de Jaboulay était peut-être un tabétique fruste atteint d'arthropathie suppurée. Il était âgée de 37 ans, avait eu la syphilis à 18 ans. Les réflexes rotuliens étaient normaux, mais il existait le signe d'Argyll-Robertson et une anesthésie de la région tibio-tarsienne telle que l'on put inciser les téguments et réséquer des os sans douleur, le malade ne se plaignant que d'une sensation de brûlure.

Combien de temps après le début de l'arthropathie l'articulation suppure-t-elle ? Deux cas peuvent se produire :

Ou bien le malade présente le début brusque, classique de l'arthropathie de Charcot, puis les symptômes disparaissent peu à peu, quand, une douzaine de jours après, la jointure est de nouveau le siège d'un œdème avec des signes d'inflammation et de suppuration (cas de Bourceret et de Mossé). D'autre fois, l'intervalle est de quelques

(1) GOURS. — Thèse de Lyon, 1909-1910.

semaines (cas de Chaumier, notre deuxième observation) ou de quelques mois.

Où bien l'arthropathie est d'emblée inflammatoire et la suppuration survient en quelques jours. Il en est ainsi dans notre première observation, dans le cas de MM. Pagniez et Coste et dans celui de Navarro.

Le rôle du traumatisme, quand il existe, paraît évident dans la localisation de l'arthrite suppurée, de même que dans l'apparition de l'arthropathie classique. Nous le retrouvons chez notre première malade qui, après une fracture spontanée de la malléole interne, vit apparaître une arthropathie suppurée d'emblée. Le malade de Navarro ne fut atteint d'une même arthropathie qu'un mois après une chute sur le genou. Dans l'observation d'Oddo, on note qu'un traumatisme, suivi de luxation de l'épaule, précéda de quelques mois une arthropathie suppurée.

Mais il faut reconnaître que dans beaucoup de cas la suppuration apparaît dans une arthropathie sans cause connue.

La suppuration s'accompagne de signes d'autant plus bruyants et graves qu'elle est plus proche du début de l'arthropathie.

Notre première malade, ainsi que celle de Pagniez et celui de Navarro, qui ne présentaient pas, au préalable, d'arthropathie, entrent à l'hôpital avec des signes inflammatoires aigus : douleur, gonflement énorme, fièvre élevée à 40°.

Au contraire, dans notre deuxième observation, dans les cas de Bourceret et de Chaumier, où l'arthropathie

datait déjà de deux semaines ou d'un mois, l'apparition de la suppuration fut annoncée par des signes locaux plus discrets : gonflement plus localisé, douleur moindre.

On peut donc décrire deux formes de début des arthropathies suppurées : l'arthropathie suppurée d'emblée et l'arthropathie secondairement infectée.

Cette seconde forme réalise le tableau que Chipault a décrit sous le nom d'arthrite topho-suppurée. Il s'agit d'arthropathie plus ou moins ancienne dont les symptômes de début ont disparu ou, tout au moins, tendent à s'atténuer. Le diagnostic a été posé et même souvent la laxité ligamentaire et la dislocation de l'articulation ont été constatées. La radiographie a pu révéler déjà de grosses lésions osseuses. Tel a été le cas de notre deuxième malade chez qui l'arthropathie de la hanche droite présentait la même évolution que celle de la hanche gauche déjà atteinte depuis un an. Tout semble terminé, lorsque la température s'élève et oscille entre 39 et 40. Le malade ne se plaint pas toujours de son articulation et c'est l'examen complet qui permet de reconnaître que la jointure est enflée, la peau rouge, chaude et tendue. Les jours suivants le pus se collecte, la tuméfaction devient fluctuante et une fistule spontanée peut se produire, si l'on n'a pas donné issue au pus. La douleur est variable dans son intensité, souvent elle est atténuée. Ce qui caractérise cette forme c'est la localisation de l'inflammation à la région articulaire, réalisant le tableau habituel de l'arthrite suppurée.

Lorsque, au contraire, l'arthropathie tabétique est d'emblée suppurée, il semble qu'aux symptômes brutaux de

l'arthropathie classique s'ajoutent les phénomènes inflammatoires.

La douleur est constante, atrocement vive parfois, assez marquée chez notre premier malade et chez celui de Brisaud, Bauer et Gy.

La tuméfaction apparaît rapidement, soit le jour même, soit le lendemain. Elle est considérable et, comme dans l'arthropathie classique, déborde l'articulation; elle peut même être aussi accentuée sur les membres adjacents qu'au niveau de la jointure. L'œdème est assez résistant et ne garde pas le godet sous la pression du doigt. La peau est rouge et chaude. Les veines superficielles peuvent être dilatées. Un tel début fait parfois penser à une phlébite ou à une lymphangite.

Chez notre première malade l'œdème remontait à mi-jambe et s'étendait jusqu'aux orteils, dépassant largement l'articulation tibio-tarsienne. Dans le cas de Pagniez et Coste, au contraire, le gonflement débordait moins la zone articulaire.

L'examen de l'articulation permet le plus souvent de reconnaître la présence d'une arthrite suppurée. Mais le début brutal et douloureux, l'indolence relative des mouvements provoqués, l'apparition parfois précoce (Pagniez et Coste) de craquements articulaires, font penser à une arthropathie nerveuse et la recherche des signes physiques du tabes fait poser le diagnostic.

Chez notre première malade la présence d'arthropathies tabétiques anciennes aux genoux permit de rapporter au tabes, dès le début, l'inflammation de la tibio-tarsienne; mais parfois le diagnostic peut rester en suspens quelques

jours, jusqu'au moment où apparaissent la laxité ligamenteuse, les craquements articulaires, une hypertrophie rapide des épiphyses ou même une dislocation de l'articulation. Dans quelques cas la radiographie peut indiquer des lésions osseuses dès le début.

Des cinq observations d'arthropathie suppurée non tuberculeuse, où l'examen du pus fut pratiqué, il ressort que l'on peut se trouver en présence de deux formes suppurées :

Les formes à pus stérile;

Les formes à pus contenant des germes : parmi ceux-ci on rencontre des pyogènes banaux tels que le staphylocoque ou le pneumocoque, ou un germe plus rare, le bacille d'Ebert. La virulence du germe peut influencer sur le tableau clinique, mais l'absence de contrôle bactériologique dans la majorité des cas ne nous permet pas de pousser plus loin cette étude.

Quant aux formes à pus stérile, leur évolution est comparable aux autres formes; aussi est-il permis de les confondre cliniquement.

L'évolution de l'arthropathie suppurée est variable. Dans quelques cas, la marche est foudroyante et la mort survient en quelques jours (Chaumier) ou en deux semaines (Bourceret). Il faut noter que dans ces deux cas, malgré les signes de grande suppuration, le drainage de l'articulation n'avait pas été fait et qu'aucune fistule ne s'était spontanément produite.

La suppuration peut persister, d'autres fois, très longtemps. Chez notre deuxième malade la collection purulente se reforma trois fois en quinze mois, ne se taris-

sant que pendant une semaine ou deux. Chez le malade d'Oddo, une fistule se produisit dès le début et laissa échapper pendant un an du liquide séro-purulent en abondance. Après une guérison de huit mois, nouvelle poussée suppurative assez courte, mais qui récidiva encore.

Lorsqu'on a affaire à une forme à pus stérile, les phénomènes douloureux et inflammatoires du début peuvent réapparaître de temps en temps sans s'accompagner alors de suppuration. Le malade de Brissaud, Bauer et Gy présenta dès le début une arthropathie suppurée qui fut ponctionnée trois fois et guérit. Cinq mois après, sans raison apparente, nouvelle crise de douleurs violentes avec phénomènes inflammatoires, mais pas de suppuration. Ces accès se répétèrent de temps à autre et dans l'intervalle le pied resta empâté.

Dans un cas la suppuration fut supprimée en quelques jours par un traitement spécifique. Chez le malade de MM. Pagniez et Coste, deux injections de vaccin T A B iodé et quatre injections d'auto-vaccin amenèrent la guérison de l'articulation en quelques jours, après une suppuration d'un mois.

Après la guérison de l'arthrite suppurée, on se retrouve en présence d'une arthropathie tabétique banale avec ses grosses lésions osseuses et ligamenteuses. Lorsque l'arthropathie est suppurée d'emblée, les lésions ostéo-articulaires caractéristiques sont parfois masquées par les signes d'inflammation et de suppuration, mais c'est d'ailleurs leur constatation qui permet souvent tardivement de rapporter l'arthrite à sa véritable cause.

Au point de vue bactériologique, ces arthropathies se classent donc sous deux formes cliniquement analogues.

Les formes à pus stérile;

Les formes à pus contenant des germes.

Au point de vue clinique, les arthropathies tabétiques suppurées non tuberculeuses peuvent se diviser en deux groupes, selon que la suppuration apparaît sur une articulation déjà touchée par le tabes, ou que son apparition coïncide avec le début d'une arthropathie.

Dans le premier cas les phénomènes inflammatoires sont moins intenses, le début plus insidieux, la tuméfaction et l'inflammation localisées sur l'articulation; la douleur, parfois vive, peut être modérée et même absente.

Dans le second cas, au contraire, le début est brutal, souvent très douloureux, avec gros œdème inflammatoire débordant l'articulation. Les signes articulaires propres au tabes ne sont pas toujours reconnaissables à ce moment; ils apparaissent les jours suivants, tandis que les phénomènes inflammatoires s'atténuent et que la pyarthrose se révèle.

CHAPITRE IV

Diagnostic

En présence d'une arthropathie suppurée, on doit rechercher si celle-ci n'a pas été infectée par une collection purulente voisine, comme tel semble avoir été le cas chez le malade de Jean, dont on voit quelquefois l'observation citée comme arthropathie suppurée. Il s'agissait d'un tabétique dont l'arthropathie s'infecta à la suite d'un phlegmon de la cuisse.

La suppuration articulaire, toutefois, peut être consécutive à la suppuration des bourses séreuses avoisinant l'articulation. Chipault a, en effet, attiré l'attention sur les périarthrites des tabétiques qu'il attribue, comme l'arthropathie, à une lésion nerveuse et qu'il a étudiées sous le nom de périarthropathies trophiques.

Les cas sont exceptionnels. Chipault en cite deux. Le début est rapide comme celui des arthropathies, accompagné ou non d'œdème dur, empâtant la région. Il se forme une tuméfaction au niveau de la séreuse atteinte,

plus ou moins fluctuante, bien délimitée. Parfois on note une légère suffusion ecchymotique dans la région avoisinante. Il n'existe ni douleur, spontanée ou provoquée, ni gêne des mouvements.

L'évolution en est rapide et le plus souvent cette périarthropathie cède à un pansement compressif quand on ne l'a pas incisée. Mais elle peut suppurer sans cause appréciable, comme les arthropathies. Les observations de Ball et de Jean, dont les malades présentèrent spontanément une suppuration para-articulaire, appartiendraient, d'après Dujariér, à ces cas.

Une arthropathie tabétique suppurée ne peut être méconnue que dans la forme inflammatoire et suppurée d'emblée. Nous avons vu que le tabes avait cependant été suspecté en présence de l'indolence relative de l'articulation. Si les phénomènes douloureux sont très accusés au début, ils ne tardent pas, en effet, à s'atténuer et même, en cas de douleurs spontanées, la mobilisation relativement facile du membre attire l'attention. Du reste les désordres articulaires qui surviennent peu de temps après permettraient de rectifier le diagnostic.

Dans certaines formes très inflammatoires de tout le membre, le gonflement avait fait penser à une lymphangite ou à une phlébite, mais ces diagnostics n'avaient pas satisfait leur auteur et ils avaient été ensuite rectifiés par l'apparition des signes ostéo-articulaires propres au tabes.

Plus délicat est de distinguer l'arthropathie suppurée d'emblée des formes aiguës de Fort et plus spécialement de la forme inflammatoire, pseudo-phlegmoneuse décrite par M. Lemierre et dont M. Pagniez a observé un cas

semblable. Le début en est brusque, accompagné de douleurs extrêmement vives et d'une forte élévation de température au-dessus de 40; puis un œdème considérable apparaît, dépassant largement la région articulaire et pouvant même envahir tout le membre; il est franchement inflammatoire avec des trainées lymphangitiques qui peuvent égarer le diagnostic, bien qu'il n'y ait pas d'adénopathie douloureuse. On croit également à un phlegmon ou à une phlébite; quand, les jours suivants tout se calme, la température tombe, les phénomènes inflammatoires s'apaisent et on se trouve en présence d'une arthropathie tabétique banale, indolente, disloquée, avec les lésions articulaires et osseuses habituelles. Mais l'état général est presque toujours grave, la cachexie apparaît et atteste une intoxication profonde; la mort survient rapidement.

Cette forme d'arthropathie se caractérise donc par de violentes douleurs de début et la résolution rapide de l'inflammation, alors que dans la forme suppurée, au contraire, les douleurs sont peut être moins vives et que l'inflammation persiste, se localise et aboutit à la formation d'une collection purulente.

Cependant si, au point de vue clinique, il est légitime d'opposer cette forme pseudo-phlegmoneuse, à évolution fatale, aux formes suppurées, ne convient-il pas de la rapprocher des formes suppurées stériles dont nous avons vu deux cas. MM. Lemierre, Léon Kindberg et Deschamps admettent la syphilis à l'origine de l'arthropathie pseudo-phlegmoneuse, de même que Brissaud, Bauer et Gy la suspectent dans leur observation. Navarro compare nettement son cas avec celui de MM. Lemierre, Léon Kindberg

et Deschamps et y voit comme cause la syphilis seule. Et si chez le malade de M. Lemierre l'autopsie confirme l'absence de pus, ne faut-il pas y voir une question d'intensité et de temps comme le suggère Navarro ?

Comme l'examen clinique ne permet pas de séparer les formes à pus stérile des formes suppurées par infection secondaire et puisque l'apparition de pus est possible au cours de l'arthropathie inflammatoire simple (Fort-Barré) il ne faut pas craindre de pratiquer la ponction articulaire dans tous les cas. L'examen du pus seul permettra de classer l'arthropathie dans une des trois formes : forme tuberculeuse, forme à pus stérile, forme à pus contenant des germes. Et ce diagnostic sera d'autant plus important qu'il orientera la thérapeutique vers des traitements différents.

CHAPITRE V

Interprétation pathogénique

Nous avons vu que l'on pouvait séparer les arthropathies tabétiques suppurées en deux formes :

Forme à pus stérile;

Forme à pus contenant des germes.

Nous étudierons d'abord les formes à pus stérile dont nous avons décrit deux observations, celle de Navaro et celle de Brissaud, Bauer et Gy. Rappelons aussi que Fort (1), dans une arthropathie à début inflammatoire aigu, retira par ponction un liquide séro-purulent ne cultivant pas et ne tuberculisant pas le cobaye, et que Barré (2) rapporte quatre cas d'arthropathie tabétique où le liquide articulaire séro-purulent était également stérile. Nous n'avons pas compris ces cinq observations dans notre travail, parce que cliniquement elles n'avaient pas présenté des phénomènes de suppuration, mais leur étude

(1) Ch. FORT. — Contribution à l'étude des arthropathies tabétiques. Thèse de Paris, 1891-1892.

(2) A. BARRÉ. — Les osteoarthropathies du tabès. Thèse de Paris 1912.

va peut-être nous permettre d'interpréter les formes suppurées stériles, de les comparer avec les formes inflammatoires simples de Forêt et avec les arthropathies pseudo-phlegmoneuses et d'en concevoir la nature.

Brissaud, Bauer et Gy, à propos de leur malade, faisaient remarquer « qu'en présence de phénomènes inflammatoires aussi intenses, accompagnés de suppuration, il est difficile, malgré la stérilité apparente du pus retiré par ponction, de ne pas croire à une ostéo-arthropathie infectieuse. Notre malade était sûrement syphilitique; l'hypothèse d'une ostéo-arthropathie suppurée syphilitique nous paraît le plus plausible ».

Le malade de Navarro qui guérit à la suite du traitement chirurgical combiné à un traitement spécifique intense, semble confirmer cette hypothèse. Il est cependant de notion courante que la syphilis ne provoque pas de pus. L'adénopathie qui accompagne le chancre ne suppure pas. Les arthrites syphilitiques suppurent très rarement. Nous en avons recherché quelques cas et aucun n'est probant.

Fouquet, dans sa thèse, cite deux observations d'arthrite syphilitique suppurée dont la guérison fut obtenue par l'iodure de potassium. M. Mauclore (1), au sujet de l'observation de Voparil (2), dans laquelle une suppuration articulaire assez abondante apparut à la période secondaire, fait remarquer que le fait est si exceptionnel qu'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une infection suppu-

(1) MAUCLAIRE. — Les arthropathies syphilitiques, in *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, T. VII.

(2) VOPARIL. — *Wien. Med. Woch.*, 1889, n° 5, p. 169.

relative à localisation articulaire greffée sur une hydarthrose syphilitique. A la période tertiaire le liquide articulaire peut être séro-purulent à la suite de l'ouverture d'une gomme dans l'articulation, mais il s'agit, dans ce cas, d'une arthrite évoluant sans inflammation et sans fièvre. Et M. Mauclaire conclut que le virus syphilitique ne favorise pas la suppuration, peut-être même la rend-il impossible ou tout au moins très difficile.

MM. Lemierre, Léon Kindberg et Deschamps, néanmoins tendent à rapporter le cas de Brissaud, Bauer et Gy à une ostéo-arthrite gommeuse à évolution aiguë : « Le pus mal lié, grumeleux, riche en polynucléaires avariés, obtenu par Brissaud, Bauer et Gy, disent-ils, en ponctionnant leur arthropathie suppurée et par Barré en ponctionnant certaines arthropathies tabétiques plus banales, ressemble bien à celui que fournissent les gommes ramollies. » Barré aurait découvert deux fois des nodules considérés comme des gommes syphilitiques dans des arthropathies se rapprochant du type classique. Ces gommes pourraient avoir une évolution aiguë et inflammatoire. M. Lemierre rappelle qu'il a observé avec Fège, dans le Service du Professeur Vidal, un cas chez une femme « qui six mois après s'être fracturée l'extrémité inférieure du péroné, présenta, consécutivement à une grippe, une tuméfaction rouge, chaude, très douloureuse, siégeant au niveau de la malléole précédemment traumatisée. Cette ostéo-périostite considérée tout l'abord comme d'origine grippale aboutit en quelques jours à la formation d'une collection suppurée dont la ponction donna un pus grumeleux, mal lié et totalement dépourvu de germes mi-

crobiens. L'apparition d'une ulcération linguale suspecte fit penser à la syphilis; la réaction de Wassermann se montra positive. Le traitement spécifique amena rapidement la guérison de l'ulcération linguale et de l'ostéo-périostite malléolaire qui s'était fistulisée et ne montrait aucune tendance à la guérison ».

Jusqu'à présent aucune autopsie n'a été pratiquée dans les arthropathies à pus stérile. Aussi la présence de gomme articulaire dans ces cas reste-t-elle une hypothèse. Le malade de Navarro a bien guéri à la suite d'un traitement spécifique prolongé, mais aucune constatation anatomique n'a été faite.

MM. Lemierre, Léon Kindberg et Deschamps chez leur malade ont constaté l'absence de gommes, même microscopiques, au sein des tissus articulaires et périarticulaires.

Dans les autopsies faites dans des cas d'arthropathie tabétique suppurée, mais où le pus n'avait pas été examiné au point de vue bactériologique (Bourceret, Mossé, Chaumier), on ne trouve point citée la présence de gommes ou de lésions syphilitiques.

Le mécanisme pathogénique des arthropathies tabétiques à pus stérile est donc obscur. L'ouverture d'une gomme dans une articulation ne rend pas compte de ces formes inflammatoires et fébriles qui s'accompagnent parfois d'une suppuration considérable et de longue durée. Comment, d'autre part, expliquer l'apparition cliniquement simultanée de l'arthropathie tabétique et des phénomènes d'inflammation et de suppuration sur une jointure jusqu'alors indemne ?

Des observations ultérieures sont nécessaires d'ailleurs

pour affirmer la stérilité absolue du pus; et il y aura lieu de rechercher alors s'il n'existe pas des formes de passage entre, d'une part, les arthropathies inflammatoires (Fort, Lemierre) et les arthropathies du type classique où la ponction retire du liquide séro-purulent stérile, et, d'autre part, les arthropathies tabétiques suppurées, à pus stérile, que nous avons étudiées.

A propos du mode d'infection des arthropathies tabétiques suppurées par infection secondaire, il est classique de dire que l'arthropathie crée un lieu de moindre résistance, susceptible de s'infecter sans cause connue. Certes nous savons que l'articulation frappée par le tabes est modifiée dans sa nutrition, quelle que soit d'ailleurs la théorie pathogénique envisagée : trouble trophique, lésion sympathique ou, suivant Barré, artérite syphilitique des vaisseaux ostéo-articulaires, et qu'elle offre aux germes occasionnels un milieu de reproduction favorable. D'autre part, le rôle du traumatisme n'est plus contesté depuis les expériences de Max Schuller, dans la localisation d'une infection sur une articulation. Et nous avons vu des cas où un traumatisme avait précédé de quelques semaines le début d'une arthropathie suppurée. (Oddo). Une fracture spontanée, chez notre première malade, déclancha en quelques heures une arthropathie suppurée d'emblée.

S'il est admis que des germes peuvent se fixer sur une articulation prédisposée, quelle est l'origine de ces germes ? Chipault disait que la porte d'entrée était, le plus souvent facile à retrouver; c'était une plaie, ou bien une éruption ou une ulcération siégeant soit sur le membre,

soit sur la peau même qui recouvre l'articulation; dans aucune de nos observations on ne constate de telles lésions. D'autres fois Chipault invoquait l'existence d'une infection générale au cours d'une uréthrite, d'une cystite ou d'une pneumonie. Seule cette dernière affection a été observée une fois par Mossé, coïncidant avec une arthropathie tabétique suppurée; mais ce cas n'est pas absolument probant, car aucun examen bactériologique ne fut pratiqué et la présence de pneumocoques dans le pus n'a pas été démontré. Le malade de Drucbert présenta bien une septicémie staphylococcique; or, il semble, d'après l'observation, que cette infection fut secondaire à l'arthrite purulente et n'en fut pas l'origine. Nous ne voulons pas dire que l'on doive nier l'infection d'une arthropathie tabétique au cours d'une affection générale ou d'une septicémie; mais ce mode d'infection, s'il est possible, n'est pas le plus fréquent.

L'infection de l'articulation se fait certainement par voie sanguine. Or, nous savons que le sérum sanguin n'est pas aussi stérile qu'on l'avait affirmé. Il a été prouvé que, particulièrement au moment de la digestion, des germes peuvent passer dans la circulation, sans toutefois y cultiver; la bactériémie est donc un phénomène fréquent et on comprend alors la possibilité de ces infections articulaires « sans cause connue ».

Comment, d'autre part, expliquer l'apparition cliniquement simultanée de l'arthropathie tabétique et de l'infection ? Les lésions anatomiques existent bien avant l'apparition clinique de l'arthropathie; aussi, dans ces cas, l'infection, est-elle postérieure et frappe-t-elle une

arthropathie cliniquement latente. Elle ne déterminerait, au même titre que certains traumatismes, que l'évolution rapide du processus arthropathique. MM. Pagniez et Coste, à propos de leur malade, se demandent également « si le bacille typhique, dans une décharge bacillémique, n'a pas trouvé, dans une articulation récemment frappée par le trouble trophique, un milieu de pullulation favorable, ou bien si, suivant la théorie de Barré, le bacille d'Eberth, fixé par une artérite syphilitique antérieure des rameaux nourriciers des os du tarse, ne l'a pas surinfectée, déclanchant avant son heure une arthropathie tabétique et la compliquant d'une infection éberthienne ».

Conclusions

I. — La suppuration est une complication rare de l'arthropathie tabétique. A l'aide de deux observations personnelles, et de douze cas relevés dans la littérature, nous avons essayé d'en exposer l'histoire morbide.

II. — Cliniquement les arthropathies tabétiques suppurées se présentent de manière différente et, à ce point de vue, il y a lieu de distinguer :

1. LES ARTHROPATHIES TABÉTIQUES TUBERCULISÉES, dont l'évolution se fait à bas bruit. Il en existe seulement deux observations dans la littérature médicale. La suppuration tuberculeuse s'est manifestée dans l'une par l'apparition de douleurs au niveau d'une arthropathie jusque-là indolente; dans l'autre, par le développement d'abcès périarticulaires. C'est une éventualité exceptionnelle.

2. LES ARTHROPATHIES TABÉTIQUES SUPPURÉES NON TUBERCULEUSES. Celles-ci peuvent se présenter avec des modalités de début très particulières :

a) *L'arthropathie tabétique suppurée d'emblée.* Elle se caractérise par l'apparition brutale de l'inflammation et de la suppuration au niveau d'une articulation, réali-

sant souvent un tableau clinique assez impressionnant. La douleur, toujours vive dès le début, s'accompagne d'une tuméfaction considérable et nettement inflammatoire qui déborde largement la jointure, pouvant recouvrir les segments de membres adjacents.

b) *L'arthropathie tabétique secondairement suppurée.* L'arthropathie tabétique est connue depuis un temps plus ou moins long, lorsque les signes d'inflammation apparaissent. La douleur, parfois d'une très grande acuité, peut manquer dans certains cas; la fièvre est élevée. L'examen décèle, au niveau d'une articulation, une tuméfaction inflammatoire localisée, qui devient rapidement fluctuante.

III. — L'examen du pus permet de reconnaître parmi les arthropathies tabétiques suppurées non tuberculeuses, deux variétés étiologiques :

1. Dans certains cas le pus est stérile;
2. Dans d'autres, au contraire, le pus contient un germe bien déterminé.

En ce qui concerne les cas où le pus est stérile, le mécanisme demeure obscur. Les deux seules observations qui ont été jusqu'ici rapportées, sans examen anatomo-pathologique, ne sont pas suffisantes pour permettre une étude pathogénique. Nous savons, il est vrai, qu'il existe des formes inflammatoires cliniquement non suppurées et des arthropathies du type classique qui renferment du liquide séro-purulent. Peut-être pourra-t-on observer des formes de passage entre ces diverses variétés d'arthropathies tabétiques, qui permettront de relier les arthro-

thies tabétiques inflammatoires aux arthropathies tabétiques à pus stérile que nous avons étudiées.

Le mécanisme de la seconde variété d'arthropathie est aussi net que celui de la précédente reste imprécis. Dans nos deux observations personnelles, le pus était à staphylocoque dans la première et à pneumocoque dans la seconde. On peut admettre que, sous des influences encore mal connues, un saprophyte pyogène, grâce à une bactériémie fugitive et silencieuse, est venu pulluler dans une articulation. Un traumatisme (une fracture spontanée comme c'était le cas dans notre première observation), peut servir de point d'appel à la localisation microbienne. Exceptionnellement il peut s'agir, non d'un pyogène banal, mais d'un germe spécifique tel que le bacille d'Eberth (Ph. Pagniez et Coste).

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de aPris,

APPELL.

Bibliographie

- B. BALL. — Des arthropathies liées à l'ataxie locomotrice progressive. — *Gazette des Hôpitaux*, 1868, p. 506 et 522; 1869, p. 226, 234; p. 238 et 242.
- A. BARRÉ. — Les ostéoarthropathies du tabes. — Thèse de Paris, 1912.
- J.-M. CHARCOT. — Sur quelques arthropathies qui paraissent dépendre d'une lésion du cerveau ou de la moelle épinière. — *Archives de physiologie*, 1868, T. I, p. 160.
- A. CHIPAULT. — Les arthropathies tropho-infectieuses. — *Revue de chirurgie*, 1891, p. 1.049.
- Les arthropathies trophiques au point de vue chirurgical. — *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* 1894, p. 299.
- Les périarthropathies trophiques. — *Travaux de neurologie chirurgicale*, 1898, T. III.
- DUJARIER. — Arthropathies tabétiques, in *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, T. VII.
- CH. FORT. — Contribution à l'étude des arthropathies tabétiques. — Thèse de Paris, 1891-1892.
- FOUQUET. — De la syphilis articulaire. — Thèse de Paris, 1904-1905.
- GOURE. — La résection dans les arthropathies nerveuses. — Thèse de Lyon, 1909-1910.
- JEAN. — Arthropathie du genou droit chez un tabétique. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1877, et in Michel, Thèse de Paris, 1877.

A. LEMPERRE, M. Léon Kindberg et P.-N. Deschamps. — Un cas d'arthropathie tabétique aiguë inflammatoire. Etude clinique et anatomo-pathologique. — Société Méd. des Hôpitaux, séance du 8 juillet 1921.

-- Les arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires. ---
Gazette des Hôpitaux, 1921, p. 901.

PIERRE MARIE. — Leçons sur les maladies de la moelle, 1892, p. 238.

PI. MAUCLAIRE. — Arthropathies syphilitiques in *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, T. VII.

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES

